Разработан в соответствии со статьёй 20 ФЗ № 323

 « Об охране здоровья граждан» от 21.11.2011

ООО « Дент-ас»

Приложение к договору № \_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие на:**

**1)Эндодонтическое лечение ( лечение корневых каналов)**

**2)Местная анестезия**

**3)Рентгенологическое обследование**

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст. 20 ФЗ « Об охране здоровья граждан» сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен(согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Подписание данного документа является необходимым предварительным условием (разрешением)медицинского вмешательства.

Я(ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Обращаюсь в ООО « Дент-ас» для лечения заболевания, указанного в моей медицинской карте и информирован(а) о необходимости Эндодонтического лечения, проведения местной анестезии, рентгенологического обследования**

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания

**Пульпит**- это патологический процесс , при котором воспаляется нервно-сосудистый пучок , расположенный в полости зуба, называемый пульпой.

**Периодонтит**- это воспаление оболочки корня зубов и примыкающих к ней тканей.

**Я согласен (а) с названными условиями лечения , осведомлен(а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения о всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время лечения и после него, в том числе:**

1)Возможные осложнения **под влиянием анестезии**: отек мягких тканей, кровоизлиянии в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции 2)Возможные **последствия приема анальгетиков и антибиотиков** ( в случае их назначения) : аллергические реакции, изменения витаминного , иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры 3)Возможные **альтернативные варианты при лечении**(нужное добавить):удаление пораженного зуба (пораженных зубов), не проведение лечения-отказ от лечения, гемисекция (удаление одного из корней зуба)

4) **В процессе проведения лечения корневых каналов** может возникнуть(нужное добавить) : прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба; некоторые нарушения общего состояния организма. **При перелечивании ранее запломбированных корневых каналов зуба(ов)** успех лечения значительно снижается, что связано: с невозможностью(в некоторых случаях) удалить из корневого канала старую пломбу или инородное тело ; с сильной кальцификацией корневых каналов , что( в некоторых случаях) повышает вероятность возникновения различных осложнений( перфорация, поломка инструмента); с искривлением корневых каналов. В**озможные осложнения при перелечивании зуба, покрытого коронкой , или являющего опорой для зубного протеза(съемного или несъемного):** необходимость снятия несъемного зубного протеза, а затем изготовление нового зубного протеза, перелом зуба, что может привести к его удалению. После лечения и перелечивания корневых каналов необходимо восстановление верхней части зуба, т.е. постановка пломбы, накладки, штифта или коронки (выбор способа восстановления анатомической формы коронки зуба определяет врач). Врач-стоматолог в понятной для меня форме объяснил, что возможными негативными последствиями вышеуказанных медицинских вмешательств являются постпломбировочные боли в срок до 2 недель после лечения 5)**Я информирован(а) о том** , что при лечении глубоких форм кариеса в области передней группы зубов с использованием материалов группы МТА возможно в подавляющем большинстве случаев появление пигментированного пятна на вестибулярной поверхности в проекции наложения пломбы. Данный исход обусловлен характеристиками пломбировочного материала и не является дефектом лечения.

 **6) Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа:**  6.1.**от рекомендованного плана лечения кариеса** : прогрессирование кариеса ; развитие его осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений ; потеря зуба (зубов); нарушения общего состояния организма;

 6.2.**от рекомендованного плана лечения корневых каналов:** определенный процесс (5-10%) неэффективного эндодонтического лечения по причине его медицинской специфики, а также индивидуальных особенностей строения корневых каналов зубов у конкретного пациента и состояния его здоровья ; перелечивание корневых каналов зубов через некоторое время или проведение хирургического вмешательства в районе тканей , окружающих зуб, или даже удаление зуба; поломка инструмента (файла) внутри корневого канала и невозможность его извлечения ; обострение хронического процесса и появление болевых ощущений в зубе при накусывании и жевании, а также припухлость десны. **7) Мне сообщена , разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. Отдельно обсуждена и понятна информация об одиночных реставрациях и лечении кариеса одиночно стоящего зуба. Понятна информация об отсутствии гарантии при множественном кариесе зубов. Я информирован(а) о необходимости проведения контрольных осмотров и профессиональной гигиене полости рта не реже, чем 1 раз в 6 месяцев и в необходимости выполнения других назначений и рекомендаций врача. Я понимаю , что невыполнение рекомендаций врача ведет к аннулированию гарантийного срока. 8) Мне названы и со мной согласованы :**технологии(методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; сроки проведения лечения, стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть . Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это. **9)Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом. 10) Мне разъяснена необходимость применение местной инъекционной анестезии с целью обезболивания. Местная анестезия-** это временная потеря болевой чувствительности тканей в месте ее проведения вследствие блокады болевых рецепторов и проведении импульсов по чувствительным волокнам. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестезии и индивидуальных особенностей организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивании и временном ощущении припухлости. **Я предупрежден(а)** о факторах риска и понимаю, что проведение данного анестезиологического медицинского вмешательства сопряжено с рядом нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинение вреда здоровью. **Я информирован(а)** также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений: аллергические реакции организма на медикаментозные препараты; обморок, коллапс, шок; травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами. Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены. В первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией моего организма на него. Введение раствора проводится при помощи иглы, что может сопровождаться травмой мягких тканей и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограниченное открывание рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше. Мне разъяснено, что обезболивание может быть затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления , в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. При этом я информирован(а) , что в ряде конкретных случаев медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Я информирован(а) о том, что в этих случаях, при моем правомерном отказе от использования анестезии, у врача не имеется объективной возможности предоставить требуемую услугу в плановой ситуации. Т.к. в этом случае он не может , по независящим от него обстоятельствам, обеспечить безопасность услуги( ФЗ « О защите прав потребителей») и нарушает право пациента на гуманное отношение при оказании медицинской помощи( ч.5. ст. 19 ФЗ от 21.11.2011г. №323- ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в РФ») Я проинформировал(а )лечащего врача обо всех случаях аллергии медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я информирован(а) о том, что для профилактики возникновения опасных непредвиденных обстоятельств будут приняты все необходимые меры предосторожности. Я информирован(а) что, клиника оснащена всем необходимым для оказания экстренной медицинской помощи. **11) Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования: ортопантомограммы, прицельного компьютерного снимка, компьютерной томографии:** прицельные рентгенограммы зубов и периапикальных тканей(цифровая рентгенография зубов на радиовизиографе выполняется в стоматологической клинике) и компьютерная томография ( метод рентгенологического исследования, заключающийся в неразрушающем послойном исследовании внутреннего строения исследуемого объекта), выполняется в сторонней медицинской организации. Право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования имеет пациент или его законный представитель. Пациент может отказаться от рентгенологического обследования. При отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований , врач-стоматолог не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.

При получении рентгенограммы неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение рентгеновского снимка ( в случаях : движения пациента во время процедуры, большая мышечная масса и плотность тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т. д.) **Противопоказаниями для рентгенологического обследования являются:** беременность на протяжении всего срока ( при этом рентгенологические обследования выполняются только по жизненным показателям); отягощенный анамнез ( пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение пациенту курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний менее, чем за шесть месяцев до настоящего времени, выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большей лучевой нагрузкой, работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений). Я обязуюсь известить лечащего врача, а также рентгенлаборанта о наличии вышеперечисленных противопоказаний проведения рентгенологического обследования. **Мне сообщена , разъяснена и понятна информация о гарантиях рентгенологического обследования :**  \*Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, лицензированной аппаратуры( ортопантомограф, дентальный рентгеновский аппарат, радиовизиограф), которая даст минимальную дозу, практически безопасную , облучения и снижает до минимума риск возможных последствий. \* Будут получены качественные рентгеновские снимки. \* Персонал будет соблюдать контроль и меры радиационной безопасности с предоставление мне индивидуальных средств защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в Листе учета дозовы нагрузок при проведении рентгенологических обследований(Лист вклеивается в медицинскую карту). \*В обязательном порядке мне будет сообщена информация о полученной дозе облучения и мерах, которые необходимо соблюдать, чтобы исключить отрицательные последствия во время и после рентгенологического обследования. Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения. В процессе лечения могут понадобиться фотографии, которые будут использованы в целях эффективного лечения. Я внимательно ознакомился( ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.  **В соответствии с нормами ФЗ №323 « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г,** даю согласие на использование сведений о моем лечении в целях проведения научных исследований , их публикаций в научных изданиях, использования в учебном процессе, использование как наглядных примеров оказываемых услуг, диагнозов и способов лечения Исполнителя при размещении в средствах массовой информации и иных источниках. При размещении такой информации для широкого круга лиц , допускается только изображение ротовой полости, зубного ряда, губ, снимки ОПТ и результаты компьютерной томографии. Я согласен(а) на проведение фото и видеосъемки при оказании мне платных медицинских услуг, на присутствие в момент оказание мне платных медицинских услуг студентов медицинских учебных заведений. Мне также разъяснен, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения , за исключением случаев, предусмотренных законом( при утрате жизни). Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения. В процессе лечения могут понадобиться фотографии, которые будут использованы только в научных целях и как отражение результата работы врача и клиники. Я внимательно ознакомился ( ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью договора. Я принимаю решение приступить к лечению по предложенным условиям. Лист настоящего информированного добровольного согласия составлен на 2 страницах.

План лечения: ФИО пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Номер зуба | Наименование манипуляции | Подпись пациента | Подпись врача |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Я получил(а) ответы на все мои вопросы и доверяю квалификации врача**.

Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_